CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

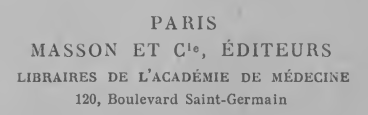
XXXe SESSION
GENÈVE-LAUSANNE, 2-7 AOUT 1926

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

LA SCHIZOPHRÉNIE

PAR

Le Professeur E. BLEULER
(de Zurich)



PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1926

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXX[e] SESSION
GENÈVE-LAUSANNE, 2-7 AOUT 1926

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

LA SCHIZOPHRÉNIE

PAR

Le Professeur E. BLEULER
(de Zurich)

PARIS
MASSON ET C[ie], ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1926

LA SCHIZOPHRÉNIE

Je voudrais, tout d'abord, exprimer ma profonde gratitude pour l'invitation qui m'a été faite de présenter un rapport au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de Langue française. Je profite de cette occasion pour m'incliner devant la mémoire de cette lignée de psychiatres célèbres que nous a donnés la France du XIX[e] siècle. C'est sur leur œuvre que repose la psychiatrie contemporaine, non seulement dans leur pays d'origine, mais dans l'univers entier. Et si, aujourd'hui, nous discutons les questions mises à l'ordre du jour, il ne peut s'agir que de voir comment les quelques expériences nouvelles, que nous avons acquises depuis, peuvent être rangées dans l'édifice érigé par ces illustres prédécesseurs.

Le temps dont dispose un rapporteur au Congrès n'est pas suffisant pour lui permettre d'apporter les preuves à l'appui de sa façon de voir ; je m'efforcerai donc simplement de présenter mes conceptions d'une façon compréhensible même pour ceux qui sont habitués à envisager les mêmes problèmes sous un tout autre angle. Je me rends compte que c'est là une tâche difficile. Quand je lis les travaux français sur la schizophrénie, j'ai l'impression d'être un personnage légendaire auquel on attribue souvent des paroles qu'il n'a jamais prononcées et des actes qu'il n'a jamais accomplis. Ma terminologie se base sur un point de vue différent de celui qui est habituel aux aliénistes français ; elle aura donc peine à évoquer chez vous exactement les mêmes représentations mentales que celles que je désire mettre en évidence. Cette difficulté, je le crains, ne pourra être entièrement surmontée. Je vous demande cependant de ne pas juger trop hâtivement mon effort. Certaines de mes affirmations pourront vous paraître erronées ; peut-être s'agira-t-il là toutefois d'un simple malentendu. Je fais appel à votre indulgence si, dans mon exposé, je n'arrive pas à atteindre la clarté et la précision qui caractérisent la pensée française.

Dans le cadre d'un simple rapport, je ne pourrai qu'indiquer les points essentiels. Les données que nous devons discuter sont complexes ; certaines de mes assertions ne sont justes que sous des réserves, qu'il ne sera pas toujours possible de préciser. Je ne pourrai pas non plus mentionner toutes les exceptions. Je voudrais cependant exprimer le désir que la discussion ne porte que sur des *faits* et des *concepts.* Qu'un *nom* ait été bien choisi, ou non, cela n'est que d'un intérêt tout à fait secondaire. J'ai à cœur également de vous mettre en garde contre les dangers d'une discussion sur l'application de la notion de *démence* à la schizophrénie. Cette discussion est condamnée à rester stérile, si chacun n'établit pas nettement, au préalable, le sens qu'il donne au mot « démence ». Il n'existe pas *une,* mais plusieurs démences. Ce mot a une signification plus sociale que pathologique.

Quand en 1886 je quittai la clinique de Zurich pour devenir médecin-chef à l'asile de Rheinau (Suisse), j'emmenai avec moi un certain nombre de jeunes malades chez lesquels je n'avais pu obtenir aucune amélioration. J'espérais, en me consacrant complètement à eux, aboutir à un résultat meilleur, d'autant plus que les malades étaient dès lors placés dans un asile en pleine campagne et se trouvaient dans des conditions relativement plus favorables que celles que pouvait leur offrir un établissement suburbain. Ces malades étaient étiquetés des diagnostics les plus variés : mélancolie, manie, paranoïa, confusion mentale, etc. ; avec le temps cependant, ils ont tous évolué vers la même forme particulière de démence. Dix ans plus tard Kræpelin décrivit cette forme sous le nom de « Verblödungs-psychose » (Psychose démentielle), auquel il substitua dans la suite celui de *démence précoce.*

Ce fut un trait de génie de Kræpelin de préciser en même temps que le groupe de la démence précoce celui de la psychose maniaque-dépressive. Car c'est justement cette opposition qui mit en pleine lumière la notion Kræpelinienne de démence précoce et qui permit d'en déterminer les limites. Il fallut cependant beaucoup de temps pour que la conception de Kræpelin fut admise même dans son pays d'origine. Pendant de longues années, je fus, je crois, le seul à reconnaître toute la portée de cette concepton et à l'adopter sans réserves. L'obstacle principal résidait d'ailleurs, non pas dans les faits eux-mêmes, mais dans le nom, choisi pour le

désigner. Kræpelin signala, dès le début, des guérisons sociales de la psychose décrite ; le nom de démence faisait toutefois naître l'idée d'une affection absolument incurable, et c'est ainsi qu'on entendait toujours à nouveau l'objection très superficielle que dans la grande majorité des cas il ne s'agissait ni de démence ni de précocité. Afin de couper court à toute objection de cette sorte, je proposai le nom de *schizophrénie* (1). Mais même après cette modification, on a continué en maint endroit, à vouloir séparer les cas à évolution plus bénigne de ceux qui aboutissent à un état de déchéance définitive et à voir en eux une entité clinique autonome.

Moi-même d'ailleurs j'avais hésité longtemps à rattacher au groupe de la démence précoce les formes paranoïdes légères, dans lesquelles la personnalité du malade semble rester relativement bien conservée. Quand je me décidais à le faire, Kræpelin lui-même, séparait ces cas de la démence précoce sous le nom de *paraphrénies*. Ce fait est assez démonstratif des difficultés rencontrées dans ce domaine et des divergences de vue qui en résultent.

La schizophrénie se distingue de tout autre affection par les caractères suivants :

Tout d'abord, du point de vue *anatomique :* Dans tous les cas prononcés de schizophrénie on constate des modifications anatomo-pathologiques dans le cerveau, modifications d'un caractère suffisamment déterminé et qu'on ne trouve point dans les autres psychoses. L'intensité de ces modifications correspond à peu près à la gravité des symptômes primaires ; ces modifications ont un caractère chronique dans les cas à évolution chronique, un caractère aigu au cours de poussées aiguës de l'affection. *La schizophrénie est ainsi non seulement une entité clinique, mais en même temps une entité anatomo-pathologique.*

L'énumération de tous les *symptômes* de la schizophrénie serait fort longue. Aussi, cette affection se laisse-t-elle délimiter plus facilement, du point de vue séméiologique, par le côté négatif. Les troubles primaires de la perception, de l'orientation de la mémoire, de la coordination motrice font

(1) Si le terme de Chaslin : « folie discordante », avait déjà existé à ce moment-là, j'aurais tout aussi bien pu le choisir.

entièrement défaut dans la schizophrénie. De même les signes caractéristiques des psychoses organiques (démence sénile, paralysie générale, etc.), comme l'imprécision et la lenteur des perceptions, la diminution du nombre des associations simultanées et leur détermination par les instincts du moment, la difficulté d'évocation, d'autant plus accusée que les souvenirs sont plus récents, la labilité de l'humeur, etc. ; tous ces symptômes n'appartiennent pas à la schizophrénie. Nous ne trouvons pas non plus dans le domaine de la schizophrénie des troubles d'ordre *épileptiques,* comme le ralentissement, l'hésitation et le rétrécissement égocentrique de la pensée, la difficulté de se détacher d'un sujet, la persévération affective, la tendance à se perdre dans des détails inutiles.

Nous pourrions énumérer de la même façon les principaux symptômes d'autres affections et constater qu'ils ne se retrouvent point dans la schizophrénie.

Les seules exceptions sont la folie maniaque-dépressive et les névroses, dont les symptômes se retrouvent chez les schizophrènes ; toutefois, ils sont accompagnés chez ceux-ci de signes caractéristiques de dissociation schizophrénique. De tout cela il résulte que le groupe des schizophrénies présente des particularités bien déterminées qui permettent de le *distinguer de toutes les autres affections* et qui en font une entité autonome.

Dans toutes les formes tant soit peu accusées de la schizophrénie nous trouvons un trouble particulier de la *pensée* caractérisé par un relâchement (Lockerung) des associations habituelles. A la question : « Où l'Egypte se trouve-t-elle ? », il ne vient à l'idée de nul être normal de répondre : « Entre l'Assyrie et l'état du Congo ». Déjà le fait d'associer dans sa pensée l'un des plus vieux états du monde à l'un des plus modernes n'est possible que lorsque la notion de temps, qui chez l'homme normal ne manque jamais de jouer son rôle dans l'inconscient, a été négligée par le malade. Mais de les rapprocher de la notion d'Egypte est encore plus bizarre du point de vue purement géographique. L'idée la plus à portée comme « Nord-Est de l'Afrique » ou tout autre semblable, ne surgit pas chez le malade, mais par contre celle d'un pays appartenant à un autre continent et dont la frontière ne touche pas même à l'Egypte, et ensuite celle d'un autre pays qui n'est qu'indirectement en rapport avec l'Egypte par l'inter-

médiaire du Soudan. Et pourtant la réponse du malade prouvait qu'il connaissait bien la situation géographique de l'Egypte.

Pour faire ressortir toute la portée de ce trouble des associations, il aurait été nécessaire de donner encore toute une série d'exemples. Nous ne pouvons le faire ici. L'exemple cité suffira cependant pour donner une idée de ce que nous avons en vue en parlant d'un relâchement des associations. Quantité d'autres troubles, se rapportant à la logique et aux concepts, se laissent déduire de ce relâchement, tels l'insuffisance du jugement, l'imprécision, la condensation de plusieurs concepts en un seul, etc.

Dans la *sphère affective* nous constatons un trouble marqué, qui, dans les cas graves, peut être tellement accusé, que pendant des années on ne voit pas la moindre manifestation affective. Les malades mènent une vie purement végétative, sans même se préoccuper de leur propre personne, de sorte que même l'instinct de conversation semble entièrement aboli chez eux. Il faut leur donner à manger, les mettre au lit et les lever ; en cas d'incendie, ils restent immobiles au milieu des flammes et se laisseraient brûler vifs, si on ne venait pas à leur secours. Impassibles, ils peuvent supporter, sans mot dire, les pires traitements.

Dans les cas moins graves, ces troubles sont moins accusés, mais au fond *il s'agit uniquement de différences de degré et non de nature*. Les réactions affectives se montrent irrégulières; normales par rapport à certains événements, elles peuvent être entièrement absentes par rapport à d'autres, et ce manque d'affectivité se manifeste souvent précisément à cause des événements les plus importants. A de tels moments tantôt l'affectivité est « rigide », elle suit mal les modifications qui se produisent, soit dans le monde ambiant, soit dans l'individu lui-même ; elle ne possède plus la mobilité nécessaire ; on dirait une sorte d'adiadochocinésie affective ; tantôt nous nous trouvons en présence de réactions affectives insolites et paradoxales (parathymie, paramimie). Souvent deux sentiments opposés colorent simultanément la même représentation mentale (ambivalence). Dans les cas un tant soit peu accusés nous trouvons également un contact insuffisant avec l'ambiance, par contre une vie intérieure repliée sur elle-même (autisme). Les troubles des associations et de la vie affective, décrits plus haut, de même que l'autisme ne

font défaut dans aucun cas prononcé de schizophrénie. Ils me paraissent constituer les signes essentiels de cette affection. Nous les appelons pour cette raison, les *symptômes cardinaux.*

En dehors des symptômes cardinaux, il existe des *symptômes accessoires.* Ceux-ci peuvent être tantôt présents, tantôt absents. On ne les trouvera guère réunis chez le même malade. Certains d'entre eux ne se voient que chez les schizophrènes, par exemple le sentiment du malade que ses pensées sont arrêtées par une force extérieure ou au contraire « faites » par des ennemis, que sa volonté subit des influences étrangères, qu'il est hypnotisé, etc. Des malades lucides, bien orientés, mais manifestant des idées délirantes incohérentes ou présentant des hallucinations en masse, surtout des hallucinations de la sensibilité générale, cinesthésiques (on les électrise, on les bat, les brûle, les coupe en morceaux, les viole, etc.), ou encore accomplissant des actes impulsifs sans aucun motif plausible, ne se trouvent que parmi les schizophrènes. La confusion schizophrénique, surtout dans sa forme chronique, diffère nettement des états confusionnels d'une autre origine. La catalepsie, la stupeur, l'hypercinésie, les stéréotypies, le négativisme, l'échopraxie, les automatismes, en un mot les *symptômes catatoniques* se rencontrent sous leurs formes prononcées presque uniquement dans les schizophrénies ou tout au plus dans les formes mixtes (les symptômes analogues, observés dans l'encéphalite épidémique, ont un caractère sensiblement différent). Au fond, les symptômes accessoires portent, eux aussi, la marque de la schizophrénie ; nous distinguons ainsi, par exemple, sans aucune difficulté, les hallucinations d'un délirant alcoolique de celles d'un schizophrène. Kræpelin d'ailleurs a abouti à sa notion de démence précoce, en se basant avant tout sur les symptômes accessoires.

On pourrait ainsi établir une longue liste de particularités qui n'existent que dans le groupe des schizophrénies. Et si nous ne trouvons jamais chez le même malade tous les symptômes schizophréniques réunis, il n'en est pas moins vrai que ceux qu'il présente portent, presque toujours, la marque caractéristique de cette affection. De même une variété de la race Européenne diffère de toute autre variété de la même race par de nombreux signes particuliers ; toutefois aucun individu d'une variété donné n'en réunit tous

les signes distinctifs, et deux individus de la même variété peuvent ne présenter apparemment que des signes différents ou même opposés.

Les divergences constatées dans les différents *tableaux cliniques* ne nous fournissent pas non plus de base suffisante pour démembrer le groupe des schizophrénies. Ces divergences ne sont que l'expression extérieure du même processus fondamental. La schizophrénie, comme par exemple la tuberculose, peut apparaître sous diverses formes cliniques. Un syndrome qui nous apparaît aujourd'hui comme un état catatonique, paranoïde, confusionnel ou démentiel peut fort bien se trouver remplacé le lendemain, ou avoir été précédé par tout autre syndrome de nature schizophrénique. Il est vrai, que la plupart des états terminaux ne rétrocèdent plus d'une façon sensible et ne changent plus guère d'aspect et d'autre part que le début de l'affection nous permet, dans certains cas, de prévoir, avec une très grande probabilité, l'évolution ultérieure ainsi que les caractères particuliers des états terminaux auxquels ils aboutiront. Les formes paranoïdes à évolution lente, par exemple, gardent d'habitude jusqu'au bout leur caractère paranoïde, tandis que les formes catatoniques, à début insidieux, aboutissent toujours à des états de déchéance accusée et durable. *Il n'en reste pas moins vrai, qu'en général, la forme que l'affection prend au début ne laisse pas prévoir avec certitude les formes qu'elle pourra présenter au cours des phases successives de son évolution.* La forme primitive peut faire place à toute autre forme terminale.

Nous pourrions même citer l'opinion de nombreux aliénistes français à l'appui de cette thèse. Nous renvoyons, par exemple, à un des meilleurs manuels de psychiatrie que nous ayons, celui de Rogues de Fursac. On ne peut que s'étonner, que d'aucuns s'obstinent à considérer ces syndrômes comme entités morbides indépendantes.

C'est ainsi que toutes les nombreuses tentatives de séparer les formes paranoïdes de l'ensemble des schizophrénies ont entièrement échoué. W. Mayer (1), par exemple, a pu démontrer que les deux tiers des malades qui avaient servi de base à Kræpelin pour sa description du groupe des

---

(1) Paraphrene Psychosen. *Zentralblatt für die gesammte Neurol. und Psychiatrie.* Vol. 26, 1921, p. 77.

paraphrénies, étaient devenus nettement schizophrènes dans le délai de neuf ans après la création du concept des paraphrénies, proportion pour le moins aussi forte que celle qu'on constate dans les cas débutant par des symptômes hébéphréno-catatoniques aigus.

Nous pouvons en dire autant des différences constatées dans la *rapidité de l'évolution.* Une démence paranoïde chronique, progressant insensiblement pendant une vingtaine d'années, paraît, de prime abord, n'avoir rien de commun avec une catatonie aiguë qui, souvent, éclate brusquement et disparaît au bout de quelques mois. Toutefois, si nous examinons attentivement l'histoire de ces derniers malades, nous trouvons que l'affection évolue, chez eux, d'une façon plus ou moins insidieuse, pendant des dizaines d'années, tout en présentant de temps en temps des exacerbations aiguës. Dans chaque phase évolutive, la maladie peut devenir stationnaire ou même s'améliorer. Avant et après chaque poussée aiguë, il y a une période d'évolution chronique ; et même dans les cas, qui, apparemment, évoluent d'une façon on ne peut plus lente et régulière, la possibilité d'une poussée aiguë n'est jamais exclue. De ce fait, l'intensité et la gravité de l'affection sont excessivement variables, mais des degrés intermédiaires relient, d'une façon continue, les formes les plus graves aux formes les plus bénignes, de sorte qu'il n'existe pas ici non plus de limite nette, permettant d'établir une distinction précise. Aussi chacun des symptômes, énumérés plus haut, peut plus ou moins varier entre deux limites extrêmes, ceci indépendamment de tous les autres symptômes, et chez le même malade aussi bien que de malade à malade. Il est ainsi tout à fait impossible d'établir une intensité maxima que l'affection étudiée ne saurait plus dépasser. Ceci concerne surtout le syndrome qu'on nomme habituellement « *démence* ». En qualité, la démence sera toujours spécifiquement schizophrénique ; en intensité, elle variera depuis un affaiblissement intellectuel à peine perceptible jusqu'aux plus hauts degrés de stupidité. *La distinction entre formes démentielles et formes non démentielles vise uniquement une différence de degré et non de nature.* Toute forme de schizophrénie peut aboutir à un état démentiel par une simple augmentation de l'intensité de ses symptômes. La démence manifeste, d'ordre schizophrénique, peut être caractérisée par le fait que les associations fausses et insolites se

produisent en très grand nombre, que l'intérêt porté au monde extérieur est modifié, ou fait entièrement défaut, que la vie affective se trouve comme bloquée (1). Si le nombre des associations fausses est très élevé, si l'affectivité est fortement bloquée, la démence schizophrénique paraît comme très accusée. Si, au contraire, les associations anormales ne se produisent que rarement et si la vie affective parvient encore relativement souvent à se manifester d'une façon adéquate, la démence est peu marquée ou même *on préfère, dans ces cas, ne plus parler du tout de démence. Cependant il ne s'agit là que de différences de degré, les troubles étant, dans les deux cas, exactement de même nature ; seulement ils atteignent, dans l'un des deux cas, une intensité extrême et, en même temps, s'étendent à presque toutes les réactions du malade, tandis que, dans l'autre, ils sont moins intenses et moins fréquents et laissent de plus en plus place aux manifestations normales. Les matériaux de la pensée restent entièrement intacts aussi bien dans l'un des cas que dans l'autre.*

La *confusion mentale,* elle aussi, n'est que l'expression d'une augmentation de l'intensité du trouble des associations. Et si le relâchement des associations, qui mène à la confusion, semble présenter certaines nuances particulières, ces nuances se retrouvent cependant, seulement à un degré moindre, dans les autres formes de schizophrénies. C'est ainsi que, lorsqu'on parle de confusion dans la schizophrénie, on a simplement en vue les cas dans lesquels la majorité des associations dévient de la normale dans la direction dont nous venons de parler. Là où les déviations de cet ordre se produisent moins fréquemment, elles disparaissent dans l'ensemble des autres troubles schizophréniques.

La tentative de séparer les cas graves des cas bénins, en tant qu'entités autonomes, est au surplus rendue caduque par le fait que tout cas de schizophrénie peut rester stationnaire à chaque moment de son évolution ou même rétrocéder en partie.

Si nous ajoutons encore à ce qui vient d'être dit que la recherche des éléments héréditaires ramène toutes les formes de la schizophrénie aux mêmes traits familiaux et que c'est toujours dans une constitution particulière qu'il faut

(1) On constatera sans peine, jusqu'à quel point cette démence diffère de la démence organique et de celle des oligophrènes.

rechercher la cause principale de l'affection elle-même, nous pouvons, dès lors, affirmer que *toutes les formes cliniques que nous avons réunies sous le nom de schizophrénie constituent réellement une seule et même entité et ceci aussi bien au point de vue clinique qu'hérédo-biologique, étiologique et anatomique.* Qu'on veuille appeler cette entité maladie ou non, ce n'est dès lors qu'une question de goût.

Pour ma part, et dans l'état actuel de notre science, je considère la schizophrénie comme une maladie. Je comprends cependant, aisément, les hésitations des aliénistes français non seulement à parler ici de maladie, mais même à reconnaître le bien-fondé de l'entité clinique que je me suis efforcé de dégager. Les Français sont certainement les meilleurs psychologues et créateurs de systèmes, et nous..... les pires ! Il suffit de rappeler ici que Griesinger, le premier professeur de psychiatrie à la faculté de Zurich, auquel nous devons le premier manuel moderne de psychiatrie en langue allemande, n'apporte dans ce manuel aucune observation personnelle ; il emprunte toutes les siennes aux travaux français, séduit probablement par leurs descriptions psychologiques modèles. Du point de vue psychologique, une catatonie aiguë, une manie hébéphrénique, un délire d'interprétation, une démence chronique primitive sont évidemment des états entièrement différents, et le fait qu'un malade verse dans la démence ou non est essentiel. Les tableaux cliniques de la psychiatrie française méritent donc aussi bien le nom d'entités que la schizophrénie ou la folie maniaque dépressive, mais il s'agit d'entités d'un autre ordre. Nous pouvons de même distinguer dans le règne végétal des arbres, des arbustes, des herbes, mais nous pouvons également appliquer dans ce domaine les classifications de Linné ou celle de de Candolle. Chacune de ces classifications aura sa raison d'être, à condition de n'être employée que là où elle peut nous rendre service ; par contre, il est évident qu'il ne rime à rien de grouper du point de vue de la phylogenèse, tous les arbres en une seule entité, pas plus que de considérer comme entité tous les monocotylédones, là où il s'agit de déterminer le rendement en bois de chauffage. A un moment donné la médecine considérait l'hydropisie comme une entité clinique ; elle admettait alors une classification de celle-ci selon les organes atteints ; on parlait d'hydropisie de la poitrine, du péricarde, d'un ascite, etc. Plus tard, l'hydropisie devint pour notre

science un symptôme commun à diverses affections. La science ne doit dans aucun cas être unilatérale. Elle doit connaître tous les points de vue qui peuvent entrer en jeu et choisir parmi eux celui qui répond le mieux au but poursuivi. Les tableaux cliniques d'ordre psychologique présentent le grand avantage de préciser, dans chaque cas particulier, des rapports psychologiques essentiels, ainsi que la manière de se comporter du malade et la portée sociale de l'affection. Ils incitent de plus le psychiatre à une observation psychologique — si, toutefois, il en est capable. L'excellent travail de Sérieux et Capgras sur les délires d'interprétation n'aurait probablement jamais vu le jour, si la psychiatrie française avait envisagé les choses sous un autre angle.

Mais, d'autre part, nous découvrons, aujourd'hui, dans un groupe de maladies, en apparence entièrement différentes les unes des autres, un tel ensemble de symptômes communs et de facteurs semblables dans leur évolution et dans leur étiologie, qu'il ne paraît plus permis de négliger cette similitude. Et comme cette étiologie, cette évolution et cette symptomatologie ne se retrouvent pas ailleurs, nous ne pouvons autrement qu'en faire une entité et l'opposer aux autres entités. Nous sommes autorisé à parler, dans ce sens, d'une entité morbide, d'une maladie ou d'un groupe de maladies.

En ce faisant, nous pouvons conserver tranquillement les notions antérieures, comme la catatonie, la confusion mentale, la paranoia, le délire d'interpétation, etc. Seulement nous verrons en elles des subdivisions de l'entité nouvelle, ou, si vous préférez, des espèces du même genre.

Au cours d'une paralysie générale, nous pouvons trouver des symptômes maniaques, mélancoliques ou catatoniques. Nous n'en parlons pas moins dans ces cas de paralysie générale ; c'est que les états terminaux, les données anatomopathologiques et l'étiologie sont les mêmes dans toutes ces variétés cliniques et il existe nombre de symptômes qui leur sont communs et que, *pour cette raison,* nous considérons comme symptômes cardinaux de l'affection (1). Il fut une

---

(1) Il existe dans la paralysie, quoique moins souvent que dans la schizophrénie, des exceptions à la règle que nous venons d'énoncer. Il y a des cas de paralysie qui restent stationnaires, qui s'améliorent même pour ne plus récidiver jusqu'à la mort du malade, causée alors par une autre affection. Non seulement l'affection évolue plus ou moins rapidement dans les diverses parties du cerveau, mais elle peut aussi rétrocéder, parfois même simultanément, dans toutes ces localisations cérébrales.

époque où les cas graves et les cas légers de la tuberculose pulmonaire étaient considérés comme des maladies différentes. Aujourd'hui, il ne peut plus en être question. Tous les cas de « phtisie », indépendamment du degré de gravité, sont considérés de nos jours comme appartenant à la même affection ; c'est ainsi que nous avons appris à réunir dans une seule et même entité les cas graves et les cas bénins de la schizophrénie. Et, dans le domaine de cette affection, nous ne connaissons pas, jusqu'à présent, de signes d'ordre qualitatif ou quantitatif, nous permettant d'établir des subdivisions qui correspondraient à des différences biologiques précises ; même, du point de vue psychologique, les diverses formes cliniques se révèlent, à un examen plus attentif, comme appartenant à la même maladie. La tendance de pousser trop loin la classification des troubles mentaux mène bien souvent à des résultats d'une stérilité effrayante. Il suffit de rappeler à ce point de vue les trente et une variétés d'états hallucinatoires qu'énumère Chaslin, les trente et un noms et trente et une délimitations particulières des syndrômes qu'il réunit dans sa conception de la confusion mentale primitive (1). L'utilité d'une pareille classification reste plus que douteuse ; personne d'ailleurs jusqu'à présent ne peut se vanter d'avoir trouvé des signes précis pour délimiter ces subdivisions particulières de la schizophrénie ; il me semble sage d'en conclure que, pour le moment, il est impossible d'en indiquer. Avec le temps peut-être découvrira-t-on de nouveaux critères. D'ici là il est prudent de rester sur les positions actuelles, c'est-à-dire de ne point séparer ce qu'on ne peut différencier.

Le diagnostic : Contrairement à l'opinion courante, le concept de schizophrénie est aussi précis que peut l'être celui d'un fait quelconque pris dans la nature. Il ne se laisse confondre avec aucune autre affection mentale. Tout au plus a-t-il quelques rapports avec la paranoïa Kræpelinienne. Nous concevons aujourd'hui celle-ci comme une réaction psychogène, se produisant sur une variété particulière de la constitution schizoïde. Elle se différencierait ainsi de la schizophrénie par l'absence de lésions anatomiques et de leurs symptômes.

---

(1) CHASLIN. — *La confusion mentale primitive*. Paris, 1895.

La schizophrénie comprend donc tous les degrés qui vont insensiblement de l'état normal jusqu'aux formes les plus graves de démence, de confusion ou de catatonie. Il est évident que les formes légères sont les plus difficiles à reconnaître, comme c'est le cas d'ailleurs dans les formes légères de la débilité ou de la tuberculose. Cette difficulté est d'autant plus grande ici que le caractère inné, observé chez l'individu avant le début supposé de la maladie, présente en germe les mêmes traits essentiels que la schizophrénie manifeste. Parfois *l'observation met incidemment à jour* la présence d'une idée délirante ou d'hallucinations chez un individu qui se comporte normalement dans la vie courante et qui est considéré par son entourage comme bien portant. Nous désignons ces cas du nom de *schizophrénie latente*. Il est souvent permis de diagnostiquer cette forme de schizophrénie, si dans le passé d'une personne psychopathe, on trouve, à un moment donné, un coude brusque dans l'évolution personnelle de l'individu, un changement de caractère dans le sens de la schizophrénie. Mais c'est surtout en étudiant attentivement le passé des schizophrènes manifestes que nous nous rendons compte de l'existence de la forme latente ; nous constatons dans ce passé nombre de singularités, dont la nature schizophrénique ne présente plus l'ombre d'un doute à la lumière de l'observation actuelle ; la maladie jusqu'alors latente, est devenue manifeste par une simple exacerbation de l'état antérieur.

Tant que la schizophrénie reste latente, elle est étiquetée d'habitude comme *dégénérescence*, ou d'après notre vocabulaire, comme psychopathie. Le diagnostic de la schizophrénie ne devient possible que lorsque l'apparition d'un symptôme indubitable de cette psychose tranche définitivement la question. Les « bouffées délirantes » de Magnan se rencontrent évidemment aussi bien chez les schizophrènes que chez de simples dégénérés. La présence des caractères d'un processus schizophrénique permet de les reconnaître comme schizophréniques, tandis que l'absence de ces signes n'exclut point ce diagnostic ; car des réactions purement schizophrènes peuvent se produire au cours de toute schizophrénie et à tout moment de son évolution. Pratiquement aussi il est parfois difficile de faire le départ entre la schizophrénie et les névroses. Des symptômes hystériques, neurasthéniques, obsessionnels, en un mot tous les symptômes névrotiques,

peuvent se rencontrer au cours d'une schizophrénie. C'est pourquoi les cas au début insidieux sont souvent méconnus en tant que névroses. Ceci est d'une grande importance, tant au point de vue pronostic que pour le traitement.

Associations de symptômes schizophréniques avec ceux d'autres psychoses. — Ce qui est le plus clair, ce sont les rapports de ceux-là avec les *psychoses organiques*. Si une paralysie générale ou une démence sénile, ou une psychose de Korsakow atteignent un individu schizoïde, des symptômes schizophréniques viendront facilement compliquer le tableau clinique de ces psychoses (1).

Trois éventualités sont possibles là où des facteurs schizoïdes et des *facteurs maniaques-dépressifs*, d'ordre constitutionnel, coexistent chez le même individu :

1° Apparition d'accès maniaques-dépressifs à teinte schizoïde par analogie à ce qui vient d'être dit sur la présence de symptômes schizophréniques au cours des psychoses organiques. Dans ce cas il n'existe pas de processus schizophréniques, ni, par conséquent, d'état démentiel.

2° Apparition d'une schizophrénie présentant quelques signes maniaques-dépressifs.

3° Coexistence simultanée des deux affections, soit que l'une d'elle déclanche l'autre, soit qu'elles se manifestent indépendamment l'une de l'autre. Chez de tels malades, nous voyons alors se succéder des accès maniaques-dépressifs et des poussées schizophréniques, ces dernières suivies éventuellement d'une aggravation progressive de la démence schizophrénique. Il est intéressant de signaler que l'association des deux affections peut, dans certains cas, être tellement intime qu'elle se transmet comme telle de génération en génération, formant ainsi une véritable entité héréditaire (Mme F. Minkowska).

Il se peut, de plus, que certains états maniaques et surtout certains états mélancoliques ne soient que des manifestations directes d'un processus schizophrénique.

Lors de la présence simultanée de la schizophrénie et de la folie dépressive-maniaque le pronostic dépend de l'intensité du processus schizophrénique.

---

(1) Dans le cas où une psychose organique, après la destruction partielle du cerveau, s'arrête dans son évolution, la séquelle qui en résulte peut présenter les caractères d'un tableau nettement schizophrénique.

Les associations de la schizophrénie avec *l'épilepsie* présentent probablement les mêmes variétés que les associations de la schizophrénie avec la folie maniaque-dépressive.

Si la schizophrénie évolue chez un *débile mental,* l'association des deux affections ne présente aucune particularité saillante. Tout au plus y a-t-il lieu de remarquer que la paranoïa des oligophrènes, en raison de leur débilité mentale et de leur tendance aux hallucinations, se laisse souvent difficilement délimiter des formes paranoïdes.

Pathologie. — La schizophrénie est une affection physiogène, c'est-à-dire à base organique. Elle possède cependant une telle superstructure psychogène, que la grande majorité des symptômes manifestes de cette affection, comme les hallucinations, les idées délirantes, ainsi que toute la façon de se comporter du malade, relèvent de facteurs et de mécanismes psychologiques. Certains psychanalistes vont même jusqu'à prétendre que toute la schizophrénie est une affection psychogène. Cette opinion est certainement erronée. La schizophrénie a de commun, d'une part, avec les psychoses organiques, l'existence de symptômes dérivant directement d'un processus cérébral, et d'autre part, avec les névroses, l'évolution de symptômes psychogènes sur la base d'une constitution particulière.

L'origine organique de la schizophrénie se laisse démontrer aujourd'hui avec toute l'évidence voulue. Nous avons déjà parlé plus haut des données anatomo-pathologiques. Du point de vue clinique, il est à retenir que la majorité des accès aigus se produisent sans aucun motif psychique apparent et que toute l'évolution chronique vers la démence est également indépendante de la situation psychique. La maladie se rencontre dans toutes les classes de la société et n'est pas moins fréquente parmi les riches que parmi les pauvres. Malgré toutes les difficultés et tous les chocs émotifs qu'elle a causés, la dernière guerre n'a pas augmenté le nombre des schizophrènes. Enfin on arrive presque toujours à distinguer, sans trop de difficultés, les symptômes psychogènes des symptômes physiogènes, par exemple un état crépusculaire d'ordre psychogène, d'un accès aigu de catatonie ou de confusion d'ordre organique.

Nous ne savons encore rien de précis sur la nature du processus organique qui est à la base de la schizophrénie. Cer-

taines circonstances plaident en faveur d'un trouble primitif d'ordre chimique. Il y a déjà longtemps, que surtout des aliénistes français ont attiré l'attention sur la possibilité d'un rapport de celle-ci avec l'insuffisance hépatique. Mais nous sommes encore bien loin de voir clair dans les conditions physiologiques de la schizophrénie.

Un agent toxique ou des lésions cérébrales détermineront les symptômes primaires, parmi les symptômes psychiques que nous connaissons, le trouble schizophrénique des associations étant naturellement l'un des plus élémentaires. La majorité des autres symptômes se déduisent de celui-ci sans grande difficulté. Ceci cependant n'est qu'une hypothèse, donc la valeur de la schizophrénie, en tant qu'unité clinique, est tout à fait indépendante. J'attribue à cette hypothèse d'autant moins d'importance que ce symptôme lui-même n'est, à mon avis, que l'expression d'un trouble *plus général* de la vie psychique de l'individu, trouble que nous n'avons pas réussi à préciser jusqu'à présent. Nous constatons également des excitations nerveuses à la base d'une partie des manifestations hallucinatoires et avons des raisons pour admettre que les troubles dans la fonction des noyaux centraux jouent un certain rôle dans la genèse des symptômes d'ordre affectif et catatonique. Je dirais presque que le trouble primitif s'étend surtout à *la vie des instincts.* Je ne puis pas cependant prouver dès maintenant le bien-fondé de cette assertion, ni dire d'une façon suffisamment précise en quoi consiste ce trouble de la vie instinctive. C'est pourquoi je n'en fais pas davantage état ici.

Les troubles de la logique, les idées délirantes y comprises, se laissent fort bien concevoir, comme conséquences du relâchement des associations habituelles, tandis qu'une partie des hallucinations, surtout les hallucinations de la sensibilité générale, de même que celles du délire alcoolique, ne sont rien d'autre que le résultat d'excitations nerveuses réelles, interprétées faussement, c'est-à-dire des paresthésies qui, à la suite des troubles de la pensée, sont projetées en dehors et objectivées. Mais des hallucinations ainsi produites, une fois que l'individu en a pris connaissance et emmagasiné le souvenir, peuvent par la suite, être évoquées directement et reproduites par voie psychique. La sensation d'être électrisé est ainsi au début une paresthésie, interprétée d'une façon erronnée ; mais par la suite elle peut être évoquée psychique-

ment pour servir aux idées délirantes. Les hallucinations visuelles ont souvent le même caractère. Parmi les hallucinations auditives les hallucination musicales sont ordinairement d'origine organique ; par contre, les hallucinations verbales, les voix, sont, quant à leur contenu tout au moins, psychogènes. Mais il est plus que probable qu'il existe encore d'autres mécanismes, pouvant contribuer à produire des hallucinations verbales. Les symptômes catatoniques, avec les troubles graves de l'idéation, de la volonté et de la motilité qui les caractérisent, présument une disposition organique particulière ; les facteurs psychiques peuvent cependant exercer une grande influence sur eux. Il suffit de rappeler le fait que ces symptômes, à la suite de circonstances ambiantes, peuvent disparaître brusquement ou réapparaître à nouveau, d'un moment à l'autre.

Il paraît probable que certains *accès maniaques* et surtout certains *accès de dépression*, qu'on observe au cours de schizophrénies, ne reposent point sur un tempérament cyclothymique. Il est cependant difficile de préciser le lien rattachant ces accès au processus schizophrénique lui-même.

Quant aux réactions psychogènes produites sur la base de troubles cardinaux d'ordre schizophrénique et sous l'influence de difficultés passagères, elles sont tout à fait claires. Il s'agit là, évidemment, d'états d'excitation de toutes sortes, d'états crépusculaires, de bouffées délirantes, de syndromes aigus ou chroniques à caractère hystérique, « neurasthénique » ou hypochondriaque.

La distinction des symptômes psychogènes et physiogènes dans le domaine de la schizophrénie a une très grande portée tant au point de vue du pronostic, qu'en ce qui concerne des questions d'ordre pratique, comme celles, par exemple, de dommages et intérêts ou d'assurances. Les symptômes organiques indiquent toujours la persistance ou l'évolution du processus morbide. Les symptômes psychogènes, par contre, ne sont que des réactions qui rétrocèdent entièrement avec la disparition de leurs causes. Toutefois si la cause s'éternise, ces symptômes peuvent devenir chroniques, comme c'est le cas, par exemple, dans un délire de persécution développé sur la base de certains complexes.

La plupart des symptômes ont d'ailleurs une origine mixte. Le mariage d'une sœur cadette réveille, soit dans le conscient, soit dans l'inconscient d'une malade, restée schizo-

phrène latente jusque-là, le sentiment de sa propre incapacité d'aimer. Ce traumatisme psychique peut déterminer un état d'excitation, si la malade était déjà antérieurement une schizophrène ; mais, d'autre part, le processus schizophrénique à lui seul, sans le concours du traumatisme, aurait été incapable de déterminer un accès pareil.

Du point de vue *thérapeutique*, ce sont surtout les séquelles psychogènes des accès graves qui attirent notre attention. Après une poussée aiguë, on voit souvent que le malade ne retrouve plus le chemin de la réalité ; il reste, au contraire, accroché à certaines idées délirantes ou à certaines tendances pathologiques, comme par exemple, celle du suicide. Il est vrai, la difficulté de revenir à la vie normale démontre que le processus schizophrénique n'a pas rétrocédé entièrement ; cependant, à l'aide de procédés psychothérapiques, on arrive souvent à faire abandonner au malade son attitude morbide. La situation est semblable à celle d'un homme normal qui, après un rêve très vivant, a de la peine à retrouver son orientation.

Là où les symptômes organiques prédominent, nos moyens de traitements se montrent impuissants. Par contre, là où nous nous trouvons en présence d'une superstructure psychogène accusée, le pronostic dépend, en majeure partie, du traitement. C'est l'habileté et le savoir faire du médecin qui décideront du sort ultérieur du malade. Maint malade qui serait condamné à rester jusqu'à la fin de ses jours à l'asile, reprend, sous l'influence du traitement approprié, ses occupations au dehors. La schizophrénie est la seule psychose où le médecin peut vraiment faire quelque chose d'efficace pour le rétablissement des facultés essentielles de l'individu.

Le *contenu* des hallucinations et des idées délirantes est déterminé, en dehors des états crépusculaires graves de nature catatonique, par les désirs et les craintes du malade. Certains de ces désirs et de ces craintes ont été refoulés et sont, par conséquence, *inconscients*. C'est pour cette raison que les hallucinations et les idées délirantes jaillissent, très souvent, directement de l'inconscient et ne sont pas reconnues par l'individu comme appartenant à sa personnalité. Dans les délires chroniques, même si la confusion est des plus accentuées, il devient possible de découvrir le sens profond des idées délirantes. La connaissance des mécanismes psychologiques, découverts par Freud, se montre particuliè-

ment importante ici. La grande majorité des désirs, surtout des désirs sexuels, est exprimée d'une façon *symbolique* ; les termes courants du langage reçoivent une nouvelle signification ; plusieurs idées se trouvent « condensées » en une seule, etc.

Tous ces mécanismes freudiens, soit le déplacement des facteurs affectifs, le symbolisme, la condensation, se retrouvent dans la schizophrénie. Il en est de même quant au rôle prédominant de la *sexualité.* Il existe à peine chez la femme schizophrène, une seule idée délirante, dont la sexualité ne constitue pas le mobile essentiel, pour ne pas dire unique. Et chez l'homme nous trouvons également, dans chaque cas, l'existence de complexes sexuels, soit seuls, soit à côté d'autres complexes. Pour autant que j'ai pu constater ces relations chez les normaux et chez toute une série de malades, et que j'ai appris à apprécier leur rôle dans les névroses et dans les psychoses, je suis un adepte des conceptions de Freud. Mais je ne puis admettre sa théorie de l'évolution de l'instinct sexuel et encore moins celle de l'origine purement psychogène de la schizophrénie. Il n'y a qu'une partie des symptômes qui soit psychogène, et ce sont les symptômes les plus apparents ; mais ils sont loin d'être les manifestations essentielles et primitives du processus schizophrénique.

Nous trouvons chez les schizophrènes, avant l'éclosion manifeste de l'affection, ainsi que chez les membres de leur famille, des particularités de la manière d'être bien caractéristiques. Ces particularités sont en tous points semblables à celles que présentent les malades comme reliquat d'un accès schizophrénique antérieur ; d'autre part, du point de vue qualitatif, elles sont exactement de même nature que les symptômes d'une schizophrénie manifeste. Cette dernière n'apparaît, dans ces conditions, que comme une exagération des particularités en question. Nous désignons l'ensemble de ces particularités du nom de *schizoïdie.* Là où elles dépassent les limites du normal sans qu'il puisse être question d'un processus morbide en voie d'évolution, nous parlons de *schizopathie.* Là, enfin, où le processus cérébral se produit, il s'agit de *schizophrénie.* La façon schizoïde de penser et de sentir est l'exagération d'une fonction normale, se retrouvant chez tout individu sain, qui, selon les circonstances, réagit tantôt en schizothymique, tantôt autrement (*réactions schizothymes*).

Il est à retenir qu'il y a une gradation insensible des réactions schizothymes de l'homme normal à celles du schizophrène en passant par le schizoïde et le schizopathe. Le processus schizophrénique apparaît évidemment tout d'abord comme élément nouveau et indépendant, comme un facteur héréditaire à part (« gène »), s'ajoutant à la schizoïdie ; mais les gradations dont nous venons de parler, plaident en faveur d'une hypothèse qui ne voit dans la schizophrénie qu'une simple exagération de la schizoïdie. Cette hypothèse est encore possible ; de même dans la folie maniaque-dépressive, il existe une rangée ascendante qui mène des réactions syntones de l'individu normal, par-dessus les cycloïdes et cyclopathes, jusqu'aux formes franches de folie maniaque-dépressive ; ici aussi les recherches généalogiques viennent enfin confirmer la proche parenté de ces manifestations du même type. C'est complètement à tort que l'on prétend que Kretschmer et moi, divisons toute l'humanité en deux classes, les schizoïdes et les cyclothymes. Les deux modes en question ne s'excluent aucunement et, dans leurs exagérations pathologiques, ils sont, du point de vue héréditaire, aussi indépendants l'un de l'autre, que la couleur des cheveux l'est du talent pour la musique.

D'aucuns ont émis l'avis, comme nous l'avions dit déjà, qu'un facteur nouveau et autonome devait intervenir pour transformer la schizopathie en schizophrénie. Nos connaissances actuelles ne rendent aucunement cette hypothèse indispensable. Il y a lieu de retenir cependant que les schizophrènes présentent plus de signes de dégénérescence que les maniaques-dépressifs, les paranoïaques et les normaux, et que dans la schizophrénie les cas graves ont en général un aspect plus dysplastique que les cas légers. Ceci fait supposer qu'une infirmité constitutionnelle prédispose, tout au au moins, à la schizophrénie. Ceci nous expliquerait le fait que la schizophrénie se trouve associée relativement souvent à l'épilepsie qui, elle aussi, a quelques rapports avec la dysplasie. On pourrait toutefois objecter que la schizophrénie a atteint tout aussi souvent des individus intelligents que des débiles, bien que ces derniers comptent plus de dysplastiques parmi eux.

Messieurs, j'ai essayé de vous montrer que le concept de schizophrénie n'est pas un simple produit de l'imagination,

mais qu'il s'applique à toute une série de faits et contient des problèmes qui peuvent contribuer au progrès de notre science. Je ne doute pas que la psychiatrie française, dès qu'elle mettra ce concept à l'examen, n'arrive, avec l'esprit de clarté et de précision qui la caractérise, à le développer et à le rendre alors vraiment fertile.

Cahors, Imprimerie Coueslant *(personnel intéressé)*. — 32.687